



**University of
Zurich**^{UZH}

**Zurich Open Repository and
Archive**

University of Zurich
University Library
Strickhofstrasse 39
CH-8057 Zurich
www.zora.uzh.ch

Year: 2011

DRGs: Wohlfühlfaktor Begleitforschung?

Biller-Andorno, Nikola ; Pfister, E ; Wild, Verina Maria

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-47695>

Journal Article

Published Version



The following work is licensed under a Creative Commons: Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International (CC BY-NC-ND 4.0) License.

Originally published at:

Biller-Andorno, Nikola; Pfister, E; Wild, Verina Maria (2011). DRGs: Wohlfühlfaktor Begleitforschung? PSY PSY Bulletin, (1/11):4-5.

DRGs: Wohlfühlfaktor Begleitforschung?

Nikola Biller-Andorno, Eliane Pfister, Verina Wild
Institut für Biomedizinische Ethik, Universität Zürich

Résumé | *Les DRG: la recherche concomitante est-elle un facteur de bien-être?*

A partir de 2012, les forfaits par cas ou DRG (Diagnosis related groups) seront mis en service dans tous les hôpitaux suisses et serviront de système de rémunération. L'introduction des DRG peut être désignée comme expérience et à ce titre, elle doit faire l'objet d'une évaluation. La recherche concomitante sur le plan éthique ne doit cependant pas contribuer à masquer une légitimation hâtive. Elle doit prendre en considération les dilemmes potentiels tels que par exemple le conflit de loyauté des médecins à l'égard des patients et des employeurs. Il faut qu'elle comprenne une adaptation au contexte et aux particularités spécifiques des divers pays. Il faut qu'elle pose les questions sociales pertinentes, comme par exemple: voulons-nous vraiment un système de santé qui réalise implicitement les économies au chevet du patient plutôt que d'ouvrir un débat de santé publique sur la priorisation au sein du système de santé? Il ne faut pas qu'elle recule devant les questions fondamentales telles que les alternatives possibles aux DRG. Par delà la question des DRG, les résultats de cette recherche pourraient aboutir à un procès touchant toute la politique sociale. Idéalement, un tel processus est transparent, argumenté, soutenu par des données empiriques et il est susceptible d'être révisé à la lumière de nouveaux résultats.

In der Schweiz werden ab 2012 im stationären Bereich flächendeckend die Fallpauschalen oder «DRGs» (Diagnosis related groups) als prospektives Vergütungssystem der Spitalleistungen eingesetzt. Ihre Einführung hat – als Bestandteil der Teilrevision des KVG (Spitalfinanzierung) – gemäss der Botschaft des Bundesrats vom 15. September 2004 unter anderem das Ziel, «Anreize konsequent auf das Ziel der Kostendämpfung auszurichten». Mit dem DRG-System wird den Patienten/-innen gemäss ihrer Diagnose ein Code und damit einhergehend eine mittlere Verweildauer zugeordnet, für den das Spital einen Pauschalbetrag erhält. Damit hat das Spital den Anreiz, so der DRG-Experte und Vizedirektor des BAG Peter Indra, «die Behandlung im Interesse betriebswirtschaftlicher Effizienz mit möglichst geringem Ressourcenverbrauch durchzuführen».

Die Ausrichtung auf ökonomische Effizienz im stationären Ablauf kann jedoch problematische Konsequenzen haben, etwa frühzeitige Entlassungen und Qualitätseinbussen in der medizinischen Versorgung. Heute herrscht daher weitgehend Einhelligkeit über die Notwendigkeit einer Begleitforschung zur Einführung der DRGs, die die Qualität der Patientenversorgung und weitere ethisch relevante Aspekte evaluieren soll. Doch besteht über die konkrete Ausgestaltung einer solchen sinnvollen und ergebnisoffenen Begleitforschung noch Uneinigkeit. So ist etwa in Deutschland, das der Schweiz das DRG-System verkauft hat, eine – gesetzlich vorgeschriebene – Begleitforschung bis heute nicht umfassend realisiert worden. Es besteht die Gefahr, dass die ethisch relevante DRG-Begleitforschung zum gesundheitspolitischen «Teddybären», andere würden sagen, zum Feigenblatt wird. Ähnlich wie

bei der Qualitätssicherung besteht auch bei der Ethik das Risiko, dass ihre Anliegen zum einen zwar nicht in Frage gestellt werden, dass sie zum anderen aber auch zu gerne als Instrument der Legitimierung bzw. Deeskalierung genutzt wird. Viele der jetzt aktuellen ethischen Fragen zu den DRGs wurden bereits in den 1980er Jahren in den USA diskutiert, z.B.: Was wird mit dem Zugang zur Gesundheitsversorgung für sozial weniger privilegierte Bevölkerungsanteile und für bestimmte Patientengruppen wie etwa Multimorbide oder chronisch Kranke geschehen? Wird es angesichts der vom System gebotenen Konzentration auf «dollars and pathologies» noch möglich sein, sich dem individuellen Patienten angemessen zuzuwenden? Werden die DRGs die professionelle Autonomie von Ärzten/-innen, Pflegenden einerseits und die Patientenautonomie andererseits einschränken? Ist das althergebrachte ärztliche Ethos, das eine Nachrangigkeit wirtschaftlicher Erwägungen impliziert, noch gültig?

Bei den kritisch-abwägenden Debatten zu diesen Fragen besteht jedoch die Gefahr, dass im Fall der DRGs geschieht, was bei gesundheitspolitischen Themen bisweilen zu beobachten ist: Allzu schnell schaffen gesundheitspolitische Entscheidungen Fakten, die Ethiker/-innen gehen irgendwann zum nächsten Thema über, man gewöhnt sich an die neue Praxis und die Diskussion nimmt ein Ende, ohne signifikante Konsequenzen gezeitigt zu haben.

Dieses Vorgehen irritiert, wenn man es mit den ethischen Standards für Forschung am Menschen vergleicht, für die inzwischen hohe Sorgfaltspflichten existieren. Jede medizinische Forschungsfrage – und sei es auch nur ein Vergleich von zwei Modellen von Hüftprotektoren oder Vitamin-



Korrespondenz:

Prof. Dr. med. Dr. phil.
Nikola Biller-Andorno
biller-andorno@ethik.uzh.ch

Eliane Pfister

Dr. med. Verina Wild

präparaten – braucht ein Protokoll, eine klare Forschungsfrage, definierte outcome-Parameter und Abbruchkriterien, Details über die Art und Weise, wie die Beteiligten informiert werden, eine Abwägung von Nutzen und Risiken, und – nicht zuletzt – die Prüfung durch eine Ethik-Kommission. Bei der Einführung der DRGs – die man als ein Experiment von weit grösseren Dimensionen und mit nicht minder realen Konsequenzen für die Forschungssubjekte verstehen kann – sieht es gänzlich anders aus: Ziele und Erfolgsparameter sind nur vage definiert, was wiederum eine differenzierte, umfassende und partizipative Nutzen-Risiko-Abwägung unmöglich macht. Genannt werden zwar immer wieder Transparenz, Wettbewerb, Effizienz und Kostendämpfung, aber welche sind nun genau die Parameter, an denen sich bemessen lässt, ob die gewünschten Effekte in der Tat eingetreten sind und ob dies um den Preis inakzeptabler Einbusen an Qualität und Fairness in der Gesundheitsversorgung geschehen ist? Eine Offenlegung des erhofften Nutzens sowie möglicher negativer Konsequenzen wäre aber um so wichtiger, als die Einführung der DRGs zugleich ein Anlass ist, sich gesellschaftlich darüber zu verständigen, was wir als «angemessene Qualität gesundheitlicher Versorgung» und «fairen Zugang» zum Gesundheitswesen betrachten, was wir also als «gute Medizin» verstehen und wie viel wir dafür zu zahlen bereit sind.

Wenn diese weiterreichende gesellschaftliche Auseinandersetzung vermieden wird, riskiert ethische Begleitforschung in der Tat, zum «Kuschelfaktor» oder «Weichspüler» für gesundheitspolitische Massnahmen zu werden, die u.a. von «Leistungserbringern» (also Menschen in Heilberufen) heute durchaus kritisch betrachtet werden und möglicherweise problematisches Potential bergen. Dabei dürfen angesichts der Komplexität des Gesundheitswesens, der diversen

Interessen der involvierten Akteure und der vielfach erst in Entwicklung befindlichen Versorgungsstrukturen die Schwierigkeiten einer solchen Begleitforschung nicht unterschätzt werden. Mit einem simplen Vergleich von postoperativen Mortalitätsdaten vor und nach der Einführung der DRGs ist es hier nicht getan. Besonders da es sich bei der Einführung der DRGs nicht um eine Piloteneinführung in ausgewählten Bereichen, sondern um eine weitreichende Erfassung der stationären Gesundheitsversorgung aller Schweizer Bürger/-innen handeln soll, sind intensive kooperative Anstrengungen vonnöten.

Es geht bei einer Evaluation der DRGs nicht darum, sie von vorneherein zu verurteilen und sich nach den früheren Zeiten zurückzusehen. Jedes Vergütungssystem im Gesundheitswesen hat ein spezifisches Profil an Stärken und Schwächen. So ist offensichtlich, dass eine pauschale Vergütung pro Spitaltag – anstatt pro Diagnose – den Anreiz ausübt, Patienten länger im Spital verweilen zu lassen als notwendig. Die Einführung der DRGs hingegen akzentuiert den Spagat zwischen Wirtschaftlichkeit und Patientenwohl. Es geht nun nicht mehr um eine Steigerung des Profits für das Spital, beispielsweise indem der Patient länger als nötig auf Station behalten wird. Stattdessen steht nun die Vermeidung eines Malus – in Form einer finanziellen Einbusse – für die eigene Institution im Vordergrund, etwa indem versucht wird, «zu kurze» oder «zu lange» Verweildauern der Patienten zu verhindern. Damit kommt die betreffende Ärzteschaft in einen Loyalitätskonflikt zwischen ihren Patienten und ihrem Arbeitgeber.

Auch steht ausser Frage, dass DRGs immer im Kontext des jeweiligen Gesundheitssystems betrachtet werden müssen. Reaktionen und die vorläufigen Begleitforschungsergebnisse in Deutschland sind nicht ohne weiteres auf die Schweiz übertragbar. Es bestehen auch bereits Erfahrungen mit DRGs in einigen Schweizer Kantonen. Sobald die DRGs aber nicht mehr nur – wie derzeit z.B. noch im Kanton Waadt – zu Abrechnungszwecken, sondern auch als ökonomisches Steuerungsinstrument verwendet werden, mittels dem über die «base rate» (Pauschalbetrag) und andere Parameter zumindest theoretisch an der Kostenschraube gedreht werden

kann, können sie zugleich als Instrument der impliziten Rationierung fungieren. In diesem Fall wird der politisch und institutionell vorgegebene Kostendruck an die individuellen Ärzte/-innen weitergereicht, die den Interessenkonflikt zwischen den moralischen Geboten «das Bestmögliche für meine Patienten tun» und «meiner Einrichtung keinen finanziellen Schaden zufügen bzw. nach Möglichkeit einen Überschuss zu erzielen» immer wieder neu austragen müssen.

Gemäss einer Studie des Wissenschaftszentrums Berlin (WZB) und des Zentrums für Sozialpolitik (ZeS) der Universität Bremen gaben drei Viertel der in Deutschland befragten Ärzte/-innen an, sie würden ihr tägliches Arbeitspensum nicht oder nicht den Anforderungen entsprechend schaffen; knapp die Hälfte von diesen nannte «starke Konflikte zwischen Versorgungsqualität und Kostendruck» als eine Ursache davon (Braun et al. 2009). Die Frage ist nun, ob und wie Ärzteschaft, Pflegende und andere beteiligte Berufsgruppen auf die Dauer mit solchen Belastungen – sollten sie sich auch in der Schweiz abzeichnen – umgehen können. Während die einen vermutlich Opfer einer veränderten Arbeitsbelastung werden, können sich die anderen an die neuen Spielregeln anpassen.

Wir müssen uns allerdings auch die Frage stellen, ob wir aus Patientensicht einen Arzt haben wollen, der sich, während ihm der Betreffende von Kurzatmigkeit und Engegefühl in der Brust und der sich kürzlich zugetragenen familiären Katastrophe berichtet, überlegt, wie das Gehörte mit einer oder mehreren möglichst lukrativen Diagnosen abgerechnet werden und wie der Patient das Spital möglichst schnell wieder verlassen kann. Ist der Königsweg in der schwierigen Frage der Ressourcenallokation im Gesundheitswesen – so könnte man kritisch fragen – wirklich der Effizienzsteigerung bzw. Kostendämmung um den Preis zu erwirken, dass die betriebswirtschaftliche «Brille» von denjenigen, die sich um uns medizinisch-pflegerisch kümmern, nicht nur bei der Abrechnung und Budgetplanung, sondern im alltäglichen Umgang mit den Patienten getragen wird? Wollen wir wirklich lieber eine implizite Rationierung am Krankenbett statt eines gesundheitspolitischen Diskurses über die Prioritätensetzung im Gesundheitswesen?

Die Einführung der DRGs geschieht im Namen der Steuerzahler, die von Prämiensteigerungen entlastet werden sollen. Haben wir jedoch guten Grund zur Annahme, dass DRGs das geeignete Instrument dafür sind? Mit Blick auf die Erfahrungen anderer Länder steht zu befürchten, dass die DRGs nicht zu einer Kostensenkung, sondern vielmehr zu einer Kostenverlagerung in den vor- und vor allem nachstationären Bereich führen. Einen Teil der verlagerten Kosten dürften wohl diejenigen Bürger/-innen übernehmen müssen, die eine intensivere nachstationäre Pflege benötigen und für diese selbst sorgen müssen. Bevor die Finanzierung der Pflege nicht geregelt ist und solche Effekte nicht abgeschätzt werden können, scheint die Einführung der DRGs den zweiten Schritt vor dem ersten zu tun.

Aus den genannten Gründen und Unsicherheiten wäre es im Sinne eines wohlgeplanten gesundheitspolitischen Experiments wünschenswert, im Vorfeld explizit festzulegen, welche Defizienzen im gegenwärtigen System mit welchen Massnahmen behoben werden sollten und welche ungewünschten Effekte wir dafür in Kauf zu nehmen bereit sind. Ebenso sinnvoll wäre eine klare Vorgabe, wie der Erfolg zu bemessen ist und unter welchen Umständen das Experiment abgebrochen bzw. modifiziert werden sollte. Sodann sollte die Einführung der DRGs im Hinblick auf ihre ethischen, sozialen und wirtschaftlichen Implikationen sorgfältig evaluiert werden. Dabei mag sich erweisen, dass durchaus etliches für die Einführung der DRGs spricht. Aufgefundene vorteilhafte Entwicklungen können folglich mit nachteiligen abgewogen werden. Ein solcher gesellschaftspolitischer Prozess wäre idealerweise transparent, argumentativ begründet, mit empirischen Daten gestützt und im Licht neuer Erkenntnisse revidierbar. Der politischen, standesrechtlichen und ethischen Legitimierung wäre er allemal zuträglich.

Literatur

- Braun R, Buhr P, Klink S, Müller R, Rosenbrock R. Einfluss der DRGs auf Arbeitsbedingungen und Versorgungsqualität. In: Rau R, Roeder F, Hensen P, editors. Auswirkungen der DRG-Einführung in Deutschland. Standortbestimmung und Perspektiven. Stuttgart: Kohlhammer; 2009. p. 61–73.